

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N-

THÈSE

1341

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Edmond, Cyrille, Edouard DEGUEL

Né le 17 Janvier 1915 à Antibes (Alpes Maritimes)

**Contribution à l'étude
clinique des
Colibacilluries à forme Hématurique**

Président : JEANNIN, Professeur

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI^e

1939

1461

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

N-

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Edmond, Cyrille, Edouard DEGUEL

Né le 17 Janvier 1915 à Antibes (Alpes Maritimes)

Contribution à l'étude clinique des Colibacilluries à forme Hématurique

Président : JEANNIN, Professeur

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI^e

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
BARIETY Pathologie médicale.
BENARD (H.) . Pathologie médicale.
BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
BESANÇON (J.) Hydrologie.
BOULIN Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
COSTE Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
FEY Urologie.
FUNCK Pathologie chirurgicale.
GALLIARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
DE GAUDART
D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
GAYET Physiologie.
DE GENNES ... Pathologie médicale.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU .. Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
JOANNON Hygiène.
LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
LAVIER Parasitologie.
LELONG Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale
Mlle J. LEVY .. Pharmacologie.
LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ... Pathologie médicale.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
PETIT-
DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
RENARD Ophtalmologie.
RICHE Physiologie.
SENEQUE Pathologie chirurgicale.
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.
GUENIOT Obstétrique.
HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ... Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
SCHWARTZ .. Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL . Obstétrique.

VI. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER. . .	
DONZELOT . . .		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie
WEIL-HALLE	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*qui durent me montrer la beauté du
travail et me soutenir de leur affection
inlassable.*

AU PROFESSEUR JEANNIN

*qui m'a fait l'honneur d'accepter de
présider le jury de cette thèse.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AU DOCTEUR PAREUX

qui me donna, outre son précieux enseignement, son amitié et son soutien affectueux, dont je lui garde un souvenir ému.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

Professeur A. BASSET.

Docteur GANDY, *médecin des hôpitaux.*

Docteur DESNOYERS, *accoucheur des hôpitaux.*

Docteur LALLEMENT, *O. R. L. des hôpitaux.*

Hôpital de Fontainebleau :

Docteur CORDEY.

Hospice de Montfermeil :

Docteur GOURNAY.

Docteur ODINET.

Docteur BENAERTS (*In memoriam*).

INTRODUCTION

Dès notre initiation à l'urologie, l'étude des bactériuries a retenu notre attention comme un fait extrêmement curieux et pouvant susciter des recherches fructueuses quant à leur mécanisme.

A la limite du cadre de ces bactériuries, la forme hématurique des colibacilluries nous a paru particulièrement digne d'intérêt. Elle constitue une véritable forme de transition entre les colibacilluries simples et la vaste catégorie des affections classées sous l'appellation commune de pyélonéphrites, laquelle embrasse en réalité des faits anatomo-cliniques très polymorphes. C'est un essai de classification d'ensemble des colibacillooses qui aurait fait en temps normal l'objet de notre thèse. L'hétérogénéité de ce large chapitre de la pathologie est manifeste; seul le germe en cause est commun aux innombrables aspects anatomo-cliniques.

En effet si certaines formes pyélo-rénales se comportent comme des affections presque purement urinaires, avec un minimum de réactions générales, il est d'autres formes qui par leur allure dramatique de grande septicopyohémie sont de véritables toxi-infections. Les manifestations rénales semblent reculer au deuxième plan et l'élément infectieux est susceptible de compromettre le pronostic vital. Il n'est pas exceptionnel que l'on soit

obligé de provoquer un accouchement prématuré, plus rarement de pratiquer l'avortement thérapeutique.

Nous ne pouvons présenter qu'une seule observation incontestable de colibacillurie hématurique. Malgré le nombre des cas de colibacillose qu'il nous a été donné d'observer tant en maternité qu'en urologie et même dans ce seul cas aucun résultat opératoire ni pièce anatomique n'ont pu apporter d'éléments probants.

Les circonstances tragiques que nous traversons ne nous ont pas permis de consacrer à cet exposé rapide tout le soin qu'il méritait et que nous comptons y apporter.

En outre, les obligations de l'instruction militaire, en nous retenant à la caserne toute la journée ne nous a pas permis de compiler la documentation qui nous eût été nécessaire.

OBSERVATIONS

Claude P..., âgé de 15 ans, a présenté pour la première fois à la fin du mois de décembre 1938 une hématurie peu abondante mais accompagnée de pollakiurie et de vagues douleurs lombaires. Fait important et que nous soulignerons d'emblée, la température que la mère du jeune malade s'est appliquée avec exactitude à mesurer dès la première manifestation de la maladie s'est révélée constamment normale. Cette hématurie s'est rapidement tarie en trois jours aux dires du jeune garçon, tandis que les mictions restaient peu abondantes et anormalement fréquentes.

Une quinzaine de jours après ce début, de petites hématuries se sont reproduites capricieuses dans leur apparition et leur terminaison. Leur réapparition fréquente amena alors seulement le malade à consulter à l'hôpital Lariboisière où l'on se proposait de pratiquer une cystoscopie et une séparation d'urines. Pour des raisons administratives Claude P. ne put être hospitalisé.

Pendant trois mois il ne présente aucun accident et rentre à l'hôpital de Montfermeil seulement à la fin du mois de mars 1939, alarmé par un « pissement de sang » plus important que les précédents, mais qui disparaît complètement en quatre jours; peut-être sous l'influence

de la médication hémostatique qui lui fut administrée. Il s'agit d'une hématurie totale, relativement abondante, et surtout accompagnée de l'émission de caillots moulés filiformes. Nous reviendrons sur l'importance de ce dernier symptôme qui nous a seul permis d'affirmer l'origine rénale, ou tout au moins la participation rénale prédominante dans le mécanisme de l'hémorragie.

Enfin cette hématurie ne s'accompagne d'aucune modification thermique.

Deux cystoscopies furent tentées en période hématurique, mais malgré l'anesthésie locale à la butelline et l'administration de morphine qui furent pratiquées au cours des deux essais, la pusillanimité du jeune malade nous interdit le cathétérisme explorateur.

En même temps que cette hématurie, nous avons pu noter les mêmes signes fonctionnels qu'au début, en particulier les mêmes douleurs lombaires dont nous avons pu cependant préciser les irradiations douloureuses vers la racine des cuisses et les bourses. Ces douleurs étaient d'ailleurs purement subjectives puisque le palper méthodique n'a révélé aucune douleur localisée. La température anale n'a jamais dépassé 37°6, l'état général n'a pas été le moins du monde altéré et ce malade accusait une légère anxiété, bien compréhensible d'ailleurs.

L'examen complet et un interrogatoire minutieux n'ont décelé aucune affection chronique ou aiguë (mis à part une rougeole et les oreillons sans complication génitale). Cependant, ce malade présente d'assez fréquentes périodes de constipation, l'examen abdominal n'a révélé aucun point douloureux et le ventre est parfaite-

ment souple. Un examen radiologique complet du tube digestif a été pratiqué : il n'a montré ni image **anormale** ni modification du transit intestinal. La note intestinale est donc très discrète.

Dès la **fin macroscopique** de l'hématurie un examen cyto-bactériologique des urines a été pratiqué, en voici le résultat :

faible culot de centrifugation;
polynucléaires non altérés très nombreux;
quelques cellules endothéliales;
hématies peu nombreuses.

Flore : colibacilles abondants;
absence de BK;
réaction faiblement alcaline au tournesol.

Enfin une radiographie pulmonaire ne révèle aucune image thoracique suspecte. Des radiographies sans préparation des reins et des uretères (bassin ouvert) ne montrent ni modification de volume et du contour des deux organes ni image calculeuse.

Faute de certitude, deux diagnostics surtout furent évoqués, la tuberculose rénale et la lithiase. Cependant dès ce moment l'abondance des colibacilles dans les urines nous faisait pencher vers l'hypothèse de tuberculose rénale surinfectée, comme il est fréquent de l'observer. Le malade absorba sur nos indications de l'acide phosphorique et de l'uroformine (1 gramme par jour) tandis que deux fois par jour il recevait une instillation vésicale d'huile goménolée dans le double but de désinfecter l'arbre urinaire et de calmer la cystite intense qu'il

accusait : trois jours après, un nouvel examen d'urines confirmait l'amélioration clinique qu'avait amenée ce traitement : elles ne contenaient plus trace de colibacilles ; la pyurie persistait cependant, toujours constituée par des leucocytes très peu altérés, toujours pas de B K. Une urographie intra-veineuse est venue confirmer les résultats négatifs de la première radiographie sans préparation, quant au volume, au contour et à la situation des reins. Elle révèle en outre deux rétrécissements fili-formes de l'uretère, l'un au niveau de son origine, l'autre un peu au dessus du Déroit supérieur, en regard de la 4^e transverse lombaire. Par ailleurs, pas de dilatation pyélique, pas de dilatation urétérale intermédiaire aux 2 rétrécissements, pas d'image calculeuse : ce dernier argument permit d'éliminer la lithiase. Il était donc logique d'attribuer les phénomènes douloureux, qui, comme la suite de l'histoire clinique nous l'a appris, ont toujours été contemporains de l'apparition dans les urines de caillots sanguins moulés, à la migration de ces débris au travers des obstacles urétéraux visibles radiologiquement.

La lithiase ainsi éliminée, restait donc à faire la preuve de la nature tuberculeuse de cette pyurie « artificiellement aseptique » si l'on peut ainsi s'exprimer, puisque dès que la médication spécifique était suspendue, la colibacillurie reparaisait dans les 48 heures comme nous avons pu le montrer à deux reprises, ce qui donne un intérêt tout particulier à cette observation d'une forme quasi-expérimentale de la maladie. Nous avons donc inoculé un cobaye.

Enfin, formule sanguine, temps et mode de coagulation, temps de saignement rigoureusement normaux per-

mettent d'éliminer une affection hémorragipare. Après plusieurs essais infructueux, l'introduction du cystoscope à double cathétérisme fut enfin possible à la fin du mois d'avril, en dehors d'une poussée hématurique : la vessie apparut hypervascularisée dans son ensemble; des plaques d'œdème bulleux, quelques ulcérations disséminées furent notées, mais rien n'était caractéristique dans le groupement ni la localisation de ces lésions. Seul le cathétérisme de l'uretère droit a pu être poussé jusqu'à proximité du bassin; du côté gauche la sonde butait au bout de quelques centimètres sur l'obstacle urétéral repéré à la radio comme nous avons pu le vérifier radiologiquement. Voici les résultats de l'examen des prélèvements :

échantillon n° 1 au bout d'une demi-heure;

échantillon n° 2 une heure après ingestion
de 100 gr. d'eau.

L'épreuve de l'élimination de la P.S.P. n'a pu être pratiquée, le jeune malade ayant arraché ses sondes avant la fin de l'examen.

<i>Rein droit</i>		<i>Rein gauche et vessie</i>	
n° 1	n° 2	n° 1	n° 2
Volu- me..	2,5 50	4 95	
Urée.	12,5 0/00 5,5 0/00	12 0/00 5 0/00	
Chlo- rures.	11,2 0/00 4 0/00	10,8 0/00 4,3 0/00	
Urines dépolies :		Urines dépolies :	
Polynucléaires peu altérés très nombreux;		Polynucléaires peu altérés très nombreux;	
Quelques hématies;		Rares cellules épithéliales;	
Absence complète de germes en particulier pas de B K.		Absence complète de microbes y compris le B K.	

En résumé, fonctionnement à peu près normal des deux reins, pyurie bilatérale et rénale — confirmation de l'absence de BK.

Un mois après, le cobaye inoculé ne présentait aucune lésion objective rappelant la tuberculose.

Le jeune P... avait pris deux kilos; seules persistaient les hématuries, rebelles, légèrement douloureuses, capri-

cieuses, sans retentissement général. Le nombre des hématies dans le sang était fixé aux environs de 5.000.000 et la formule blanche toujours normale. Une dizaine d'examenens d'urines ont été pratiquées hebdomadairement pendant deux mois. Ils ont toujours confirmé l'absence de BK, l'existence d'une légère pyurie aseptique, dans tous les cas où la médication anticolibacillaire n'avait pas été suspendue à dessein. De plus, la prise régulière d'une cuillerée à soupe d'huile de paraffine avait régularisé rapidement le transit intestinal, effaçant ainsi la constipation, seule note intestinale du tableau clinique.

Un deuxième cathétérisme a pu être pratiqué au début de juin, on put alors pousser la sonde jusqu'au bassinnet gauche, tandis qu'à droite, on ne put l'enfoncer de manière suffisante. Là encore, les manœuvres ont été très gênées par l'agitation du jeune malade pour lequel la mère refusait toute tentative d'anesthésie générale.

Les résultats de l'examen des prélèvements furent absolument superposables à ceux du précédent cathétérisme. De plus l'élimination de la P.S.P. s'effectua en 70 minutes dans la proportion de 67 1/2 affirmant ainsi l'intégrité des fonctions d'élimination. Enfin plusieurs dosages d'urée ont tous fixé le taux de l'azotémie aux environs de 0 gr. 30.

Le malade quitta l'hôpital au début de juillet. Il avait encore pris 2 kg. en deux mois. Il fut presque perdu de vue depuis. Récemment cependant nous avons pu apprendre que les hématuries n'avaient pas disparu. Un essai d'auto-vaccin aurait été fait en province : les dires de la mère n'ont pas permis de renseigner de manière précise sur ses résultats.

En conclusion, toutes nos recherches ont été orientées vers le dépistage de la tuberculose rénale. Il semble que l'ensemble des faits permette de l'éliminer de manière catégorique et, en l'absence de toute autre explication suffisante, nous pensons pouvoir ranger cette observation dans le cadre des colibacilluries à forme hématurique.

La participation rénale, discrète, certes, mais réelle, nous autorise de plus à la rapprocher de la série des faits cliniques que l'on a rapporté sous le nom de syndrome entéro-rénal.

RAPPEL HISTORIQUE

Nous serons brefs à ce sujet. Longtemps méconnue la notion de colibacilliose est d'acquisition relativement récente quant au pouvoir pathogène du germe. Puis, vers 1920, Heitz-Boyer eut le mérite d'établir la relation fréquente qui lie les troubles digestifs et les manifestations urinaires et qu'il concrétisa dans l'appellation de syndrome entéro-rénal à laquelle son nom reste attaché. Le Professeur Chevassu et Roger Petit ont insisté sur la fréquence des troubles mécaniques comme facteur d'entretien des colibacilluries et leurs travaux constituent une des premières mises au point du cadre des bactériuries.

Bouvière, au cours de sa thèse sur la forme hématurique du syndrome entéro-rénal, étudia amplement les rapports cliniques entre les colibacilluries et les hématuries qui leur sont souvent associées. La question des colibacilluries a été mise à l'ordre du jour au Congrès de Bruxelles, en 1926. Pour des raisons matérielles il nous a été impossible de prendre connaissance de ces deux derniers documents et nous nous excusons à l'avance des redites qui pourraient se produire à ce sujet dans notre exposé.

ETUDE CLINIQUE

L'étude clinique des bactériuries hématuriques est relativement simple : elle est résumée par l'association d'hématuries essentiellement capricieuses dans leur apparition et leur abondance à un syndrome urinaire toujours le même : pyurie à colibacilles. D'autres symptômes peuvent venir se greffer sur ce cadre relativement limité. Ils ont pour caractère commun d'être en liaison étroite avec les deux symptômes cardinaux : le cystite en effet le plus important et le plus fréquemment associé ne se présente guère que comme un épiphénomène de la colibacillose urinaire. En tout cas, elle constitue le seul élément facilement curable de la maladie; et tout de suite nous insisterons sur cet autre point capital et qui domine toute l'histoire de la colibacillose en général et des colibacilluries en particulier : la difficulté que l'on rencontre à traiter de manière efficace ces diverses manifestations : telle médication semble dès le début amener des résultats quasi-miraculeux; en réalité, ce ne sont que des rémissions, l'effet s'en épuise vite et l'on est conduit à des essais thérapeutiques en série, aussi décevants pour le malade que pour le médecin. Nous retrouvons donc sur le plan thérapeutique cette irrégularité, cette inconstance qui constituent presque le sceau des infections colibacillaires.

Afin de mieux apprécier la valeur de chacun des éléments du tableau clinique nous analyserons successivement chacun des symptômes habituellement rencontrés. Nous verrons ensuite comment ils se groupent pour imprimer à la maladie un aspect très spécial.

Les hématuries constituent le principal élément du tableau clinique : véritable symptôme d'alarme ici comme dans beaucoup d'autres affections urinaires. Cliniquement ce sont des hématuries tantôt terminales en rapport avec la cystite associée, tantôt totales, et c'est le cas le plus intéressant. Quelle que soit la lésion qui existe à leur origine, un fait les caractérise au plus haut chef : l'absence de toute régularité dans leur abondance et leur apparition. Le caractère capricieux ne retentit d'ailleurs nullement sur l'état général même si la quantité de sang émise est notable et si l'hématurie se répète à quelques jours d'intervalle. Localisant ainsi d'emblée au rein la lésion qui les produit, ces hématuries ont une valeur diagnostic de tout premier ordre, mais par elles-mêmes sont incapables de renseigner davantage sur leur étiologie. Un critère négatif important doit être noté cependant : elles ne sont nullement influencées par le repos, assez souvent enfin elles affectent une allure rebelle et se prolongent pendant plusieurs mois comme c'était le cas pour le jeune P... dont nous avons exposé la longue histoire pathologique.

La cystite tient sous sa dépendance les troubles fonctionnels proprement urinaires : ils peuvent être discrets, réduits à une légère pollakiurie, ou plus accentués et, associés à des douleurs terminales et à la pyurie, consti-

tuent le trépied symptomatique fondamental de la cystite. A ce propos nous ne saurions trop insister à la suite du Professeur Chevassu sur l'intérêt qu'il y a en présence de toute cystite à tenter de faire par tous les moyens la preuve de l'atteinte ou de l'intégrité rénale, intérêt que résume très judicieusement cette phrase d'une valeur presque mnémotechnique : « Il faut chercher le rein derrière toute cystite. »

Douleurs. — A côté des douleurs proprement vésicales, il faut faire une large place à toute une série de manifestations douloureuses sans topographie ni irradiations très précises qui accompagnent souvent les éléments précités. Dans l'observation que nous rapportons, nous avons pu montrer qu'il s'agissait de douleurs dues à la migration transurétérale de caillots que l'on retrouvait régulièrement dans le bocal d'urines après toutes les poussées hématuriques douloureuses. Dans d'autres cas, il s'agira d'une hydronéphrose légère, d'un petit calcul, voire de sable urinaire, d'un rétrécissement ou d'une soudure de l'uretère comme c'était aussi le cas chez notre malade.

Les signes généraux sont à peu près nuls; nous avons déjà insisté sur l'absence totale de réaction thermique chez notre malade.

Au moment des hématuries, pas de retentissement général de l'hémorragie. Seuls parfois un certain degré de lassitude, une légère céphalée, une asthénie matutinale peuvent apparaître, mais il est logique de les attribuer aux troubles digestifs que nous allons étudier maintenant.

Les signes digestifs. — La note intestinale est d'importance extrêmement variable : tantôt elle ne peut pas être méconnue : appendicite chronique ancienne, colite spasmodique, voire cholécystite chronique, parfois même insuffisance hépatique légère; tantôt au contraire ce n'est qu'en poussant assez loin l'interrogatoire que l'on a la révélation d'une constipation périodique, de petites hémorragies intestinales, de crises diarrhéiques intermittentes.

Dans tous les cas, l'examen clinique est utilement étayé par la radiologie.

Nous insisterons à ce sujet sur la fréquence de lésions juxta-intestinales sans expression clinique manifeste traduites simplement à la radio par un état spasmodique intestinal, véritables épines irritatives digestives et capables d'entretenir une colibacillurie chronique.

Dans notre observation, seule la constipation a pu être mise en évidence. Cependant sa disparition par le traitement n'a pas guéri le malade. Il faut admettre dans ces cas l'existence de lésions parenchymateuses rénales suffisamment avancées pour n'être plus sous la dépendance directe du tube digestif.

Tels sont étudiés isolément les éléments cliniques du diagnostic. En pratique, aucun d'eux ne présente de caractères suffisamment individualisés pour faire envisager d'emblée le diagnostic de manière précise. Seules peut-être les hématuries par leur fréquente et irrégulière répétition pourraient l'orienter. Mais la gravité que l'on confère habituellement à ce symptôme à propos duquel il est de bonne règle clinique de déclencher toute une série

d'examens complémentaires, oblige à ne se résigner au diagnostic étiologique de colibacillurie qu'après avoir éliminé de manière absolument formelle un certain nombre d'affections de pronostic sérieux sur l'énumération desquelles nous n'insisterons pas et que nous aurons l'occasion de discuter dans un chapitre spécialement consacré au diagnostic.

Si l'hématurie actuelle a été précédée de plusieurs autres manifestations analogues, on s'attachera à préciser les circonstances et si possible les résultats des examens pratiqués antérieurement, car le caractère capricieux de la maladie fait de ces malades des chroniques que leur affection inquiète et qui ont déjà cherché auprès de nombreux spécialistes l'espoir d'une guérison durable.

Si l'hématurie actuelle est la première en date, sa constatation a pour corollaire immédiat la mise en jeu de l'exploration uro-génitale complète dans laquelle, on le sait, les examens de laboratoire et radiologiques occupent une large place.

L'interrogatoire, minutieux comme toujours, n'apporte guère ici que des renseignements négatifs, mais dont la valeur est loin d'être négligeable pour autant.

Il renseigne sur l'absence d'antécédents tuberculeux pulmonaires ostéo-articulaires génitaux de maladies hémorragipares, de manifestations rénales, soit à type de néphrites aiguës, soit à type d'infections urinaires pyélonéphritiques ou autres si le malade a contracté autrefois la scarlatine, fut-elle régulière et exempte de complications. Enfin le malade n'est pas particulièrement sujet aux angines, aux rhinopharyngites, aux adénoïdites dont

on sait l'importance en matière de néphrite et surtout de néphrite hématurique.

Au terme de ces investigations le diagnostic habituellement posé — et qui, reconnaissons-le, ne peut pas ne pas l'être — est celui de tuberculose rénale. Dès lors, le diagnostic est purement du domaine de la spécialité urologique; c'est d'ailleurs presque toujours l'urologue qui voit ces malades chez qui, nous le répétons, le diagnostic porté d'emblée et pleinement justifié en apparence, est celui de tuberculose rénale.

Un examen cysto-bactériologique des urines recueillies aseptiquement, autant que possible par sondage, est pratiqué dès la fin macroscopique de l'hématurie : nous insisterons sur un détail pratique de grosse importance : un temps aussi court que possible doit s'écouler entre le prélèvement d'urines et la centrifugation pour l'examen microscopique afin d'éviter la pullulation du colibacille dont on sait l'extraordinaire exubérance. Dans ces conditions, l'examen du culot de centrifugation révèle l'existence d'une part de leucocytes plus ou moins altérés, plus ou moins chargés de globules graisseux. D'autre part, une flore constituée uniquement par du colibacille, habituellement peu abondant. C'est en vain que l'on recherche les BK. Ils sont rigoureusement absents. Enfin les urines présentent habituellement une réaction alcaline. En conclusion, absence de BK et alcalinité des urines éveillent le premier doute quant au diagnostic de tuberculose rénale. Encore ce doute n'est-il que bien fragile, on connaît l'existence d'une part de pyuries aseptiques tuberculeuses, la fréquence d'autre part des surinfections à colibacilles. On est ainsi conduit à répéter les examens d'uri-

nes tandis qu'une thérapeutique adjuvante est instituée : locale : lavages et instillations vésicales; générale visant l'antiseptie urinaire.

Et il est remarquable de voir avec quelle facilité les urines sont débarrassées du colibacille : dans notre observation deux jours de potion à l'acide phosphorique suffisaient. En contre-partie, avec la ténacité que nous lui connaissons, le colibacille réapparaissait dès la suppression de la drogue. Quoi qu'il en soit, un fait se confirme et peut déjà faire esquisser une orientation un peu spéciale du diagnostic : l'absence constante de BK. L'ino-culation au cobaye va la confirmer tardivement mais de manière absolue.

Dès lors, tous les efforts convergent vers un seul but : la recherche d'une indication, si minime soit-elle, qui permettrait de laisser un doute quant à la tuberculose rénale et éventuellement de fixer une indication opératoire.

Nous reviendrons au chapitre de diagnostic sur les autres problèmes qui se posent afin de mieux situer à toutes les étapes le parallélisme presque absolu qui unit les manifestations cliniques de la tuberculose rénale et des colibacilluries hématuriques.

Dans certains cas, la discrétion de la participation vésicale autorisera à pratiquer dès les premiers jours une cystoscopie. Il est inutile d'insister sur la valeur de l'indication fournie dans ce cas où l'origine de l'hématurie se trouve d'emblée affirmée « de visu ». Le plus souvent la cystoscopie ne sera possible qu'après une préparation

suffisante du malade. En tout cas, elle confirme la cystite déjà soupçonnée cliniquement et surtout elle apporte un argument de plus contre l'hypothèse de tuberculose rénale : ni granulations ni ulcérations vésicales tuberculeuses si caractéristiques par leur association et leur groupement en certaines zones d'élection, pourtour des orifices urétéraux, sommet et col vésical ; mais bien plutôt une hyperémie globale, de l'œdème bulleux, des fausses membranes plus ou moins épaisses, plus ou moins filamenteuses. Au milieu de ces lésions, les orifices urétéraux sont souvent difficiles à voir et à cathétériser tant est diffuse la cystite. Ce n'est que plus rarement que l'un ou l'autre — parfois les deux — de ces orifices se présentent comme garnis dans leur voisinage d'un bourrelet d'œdème plus ou moins ulcéré et saignant. Si le cathétérisme est possible, il faut laisser en place deux sondes urétérales et une sonde vésicale. Outre les renseignements qu'il fournit sur la perméabilité des uretères, il permet la séparation d'urines, l'examen fonctionnel et si nécessaire la pyélographie ascendante.

Il est rare que les épreuves du fonctionnement rénal révèlent un déficit fonctionnel important hormis les cas où les hématuries et la colibacillurie cachaient une lithiasse latente. Dans la règle, la fonction de concentration du rein est intacte, l'élimination de la P.S.P. est normale. A la fin de cet examen on peut fixer sur un cliché l'arbre urinaire opacifié par voie ascendante : la qualité des images ainsi obtenues permet de se faire une idée très précise sur la possibilité de coudures, déformations, dilata-tions pyéliques ou urétérales. Il n'est pas jusqu'à cer-

tains polypes du bassin et qui n'aient laissé de traces lacunaires constamment retrouvées à des examens en série et dont le diagnostic toujours très délicat put être ainsi porté. Nous verrons dans un dernier chapitre de pathogénie le parti que l'on peut tirer de telles images pour l'interprétation des hématuries. Nous ne citerons l'urographie intra-veineuse que comme un moyen pratique mais infidèle de diagnostic : l'interprétation des images est ici fort délicate et reste le fait de spécialistes particulièrement avertis.

La séparation d'urines permet, outre l'examen fonctionnel, l'affirmation formelle de l'origine rénale de la pyurie, et de son uni ou bilatéralité. Dans notre cas, elle était bilatérale.

Enfin signalons pour mémoire le dosage d'urée sanguine et la mesure de la constante d'Ambard dont les résultats sont toujours normaux.

Au terme de ces investigations l'obsession de la tuberculose rénale se dissipe donc et la répétition en série des divers examens que nous venons de passer rapidement en revue ne fera qu'éclairer le pronostic : toute indication opératoire s'écarte d'elle-même, mais l'avenir de ces malades n'est pas absolument indemne d'inconvénients sérieux : Pendant des mois et des mois les hématuries se reproduisent ne cédant que de manière toute passagère aux diverses formules thérapeutiques.

Puis dans les cas heureux tout rentrera dans l'ordre si l'on a réussi à faire comprendre au malade l'importance de traiter avant tout son état digestif qu'il a trop souvent tendance à négliger.

Pendant l'intervalle des poussées hématuriques le malade aura pu mener une existence presque normale, croyant même à la guérison.

Dans certains cas, les plus rares il est vrai, on assiste à l'installation d'une véritable pyélonéphrite, ou d'une authentique néphrite suppurée avec son cortège important de signes généraux et fonctionnels : la phase colibacillurique et hématurique de la maladie n'aura fait que précéder l'aggravation incontestable des lésions qui, au maximum, peuvent aboutir à la pyonéphrose, transformant le ou les reins en éponges de pus, selon l'expression classique. Il est un cas cependant où ces complications infectieuses doivent être particulièrement redoutées : c'est chez la femme qui devient enceinte : il semble que la gestation réalise d'une part des conditions mécaniques particulièrement favorables à la stagnation des produits urinaires septiques, d'autre part grâce aux profondes perturbations humorales qu'elle entraîne, favorise une modification de l'indice ionique urinaire dans le sens de l'alcalinité particulièrement favorable on le sait à la pullulation du germe, d'autre part enfin s'accompagne d'une exaltation de virulence intense d'une race microbienne jusque-là relativement bien tolérée.

Quoi qu'il en soit, la gestation peut être accompagnée jusqu'à l'accouchement d'une série de poussées de pyélonéphrite et d'hématuries. Dans quelques cas le syndrome peut prendre une allure toxi-septicémique grave posant l'indication de l'interruption de grossesse. Par contre, il est d'observation courante d'assister à un renversement de la situation dès l'accouchement terminé et voir la malade retrouver son état antérieur ni aggravé ni amélioré.

DIAGNOSTIC

Nous avons suffisamment insisté sur la similitude absolue des manifestations cliniques de la colibacillurie hématurique et de la tuberculose rénale : le diagnostic exact ne peut être établi que si l'on consent à répéter sans se lasser les examens bactériologiques sans craindre d'inoculer 2 ou 3 cobayes successivement si c'est nécessaire : la pyurie aseptique ou à colibacilles existe certes en matière de tuberculose rénale : elle est relativement rare et il est bien exceptionnel qu'une lésion rénale tuberculeuse suffisamment évolutive pour entraîner des hématuries ne s'accompagne pas de décharges de BK dans les urines. C'est pourquoi l'indication de la néphrectomie pour tuberculose rénale uniquement hématurique ne devrait pas pouvoir se passer de la confirmation bactériologique.

La lithiase urinaire est facilement éliminée grâce à la perfection de nos moyens d'investigations modernes.

Le cancer du rein n'est guère le fait des **adolescents** ou des adultes jeunes chez qui s'observent habituellement les colibacilluries hématuriques.

Aux âges limites, si la preuve du cancer n'a pu être faite radiologiquement, l'évolution clinique ne viendrait pas tarder à révéler la tumeur lombaire maligne.

Nous avons vu les services que peut rendre la pyélographie ascendante pour ce qui est du diagnostic d'un polype du bassinet : classiquement le cathétérisme provoquerait dans ce cas une hématurie alors que l'arrêt de l'hématurie des colibacilluries, par le même moyen, a pu être préconisé à titre thérapeutique. Mais il ne s'agit là que d'opposition apparente et l'on sait la facilité avec laquelle en pratique peut se déclencher une hémorragie gênante au cours d'un cathétérisme pratiqué chez un sujet dont l'arbre urinaire entier apparaît congestionné et hypervascularisé.

Nous ne discuterons pas le diagnostic d'une hydronéphrose légère qui, comme nous l'avons vu, semble plutôt constituer une cause favorisante de colibacillurie hématurique.

Reste à débattre le problème de néphrite hématurique souvent posé de manière un peu prématurée.

Il nécessite pour être affirmé l'existence d'un syndrome urinaire franc :

— albuminurie vraie;

— présence de cellules épithéliales si ce n'est de cylindres.

On sait les conditions prédisposantes majeures que constituent les angines, les rhinopharyngites à répétition. Enfin une circonstance étiologique précise : Scarlatine compliquée d'hématuries tardives si ce n'est d'œdèmes et d'albuminurie massive, peut être souvent rapportée.

TRAITEMENT

Nous serons très brefs à ce sujet, ne pouvant faire un exposé complet des innombrables méthodes thérapeutiques proposées en matière de colibacillose. Toutes ces méthodes s'appliquent aux colibacilluries hématuriques et ne donnent pas là plus qu'ailleurs de résultats constants et durables. Soulignons encore une fois cependant toute l'importance du traitement des troubles digestifs associés qui a pu dans de nombreux cas donner des résultats intéressants.

Les troubles mécaniques urinaires, facteur essentiel d'entretien des colibacilluries ne sont que rarement accessibles à une thérapeutique active surtout chirurgicale. Très nombreux cependant sont les cas améliorés ou guéris par néphropexie en cas de ptose rénale.

En conclusion sous sa forme bactériémique et hématurique, la colibacillose conserve son aspect capricieux et rebelle et un optimisme excessif basé sur des résultats thérapeutiques en apparence encourageants n'est pas de mise.

CONCLUSIONS

I. — On désigne sous le nom de colibacillose des syndromes cliniques caractérisés par l'association cystite et pyurie à colibacilles, à l'exclusion de toutes autres manifestations fonctionnelles ou générales. Dans ce cadre il faut situer les formes hématuriques peu fréquentes à la réalité si l'on envisage la fréquence relative de la colibacillose.

Les cas authentiques ont la valeur norologique de véritables formes de transition avec les colibacillooses complexes et de riche régression clinique que constituent les pyélonéphrites.

II. — Du point de vue clinique les colibacilluries hématuriques simulent mot pour mot la tuberculose rénale : ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines de contrôles bactériologiques faits en série que la colibacillurie ne peut être affirmée.

III. — L'évolution est essentiellement irrégulière et capricieuse. C'est une affection plutôt gênante que grave. Seule la grossesse semble retenir gravement sur elle. La réciprocité d'action n'est pas constante.

IV. — Le traitement est souvent décevant. Il est condamné à des échecs répétés si l'on n'accorde une large place au traitement des troubles digestifs.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU

Vu : *Le Président de Thèse,*
JEANNIN

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

